

ప్రధానమంత్రి మాతృ వందన యోజన పథకం

మొదటి విడత నగదుకొరకు గర్భిణీ వివరముల పత్రం

వ్యక్తిగత వివరములు

1. అర్హురాలి వివరములు

1. అర్హురాలికి ఆధార్ కార్డు ఉన్నదా? ఉన్నది / లేదు
ఉన్నచో

2. అర్హురాలిపూర్తి పేరు (ఆధార్ ప్రకారం)

3. ఆధార్ నంబర్ :

(ఆధార్ కాపీ జతపరచవలెను)

లేనిచో

4. ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి (EID) :

5. అర్హురాలిపూర్తి పేరు (ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి ప్రకారం)

6. ఆధారిత పత్రం నంబర్:

7. గుర్తింపు ఆధార పత్రం

a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ

b. ఓటర్ ఐ డి కార్డు

c. రేషన్ కార్డు

d. కిసాన్సానుబుక్ ఫోటో కాపీ

e. పాస్ పోర్ట్

f. డ్రైవింగ్ లైసెన్స్

g. పాన్ కార్డు

h. ఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు

i. భర్తఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు (ప్రభుత్వ / ప్రైవేటు)

j. ప్రభుత్వ అధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం

k. వైద్యాధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం

l. ప్రభుత్వం వారు జారీచేసిన ఇతర దృవీకరణ పత్రాలు

m. ప్రభుత్వం పరిధిలోని ఇతర దృవీకరణ పత్రాలు

2. భర్త వివరములు

1. భర్తకి ఆధార్ కార్డు ఉన్నదా? ఉన్నది / లేదు
ఉన్నచో

2. భర్త పూర్తి పేరు (ఆధార్ ప్రకారం)

3. ఆధార్ నంబర్ :

(ఆధార్ కాపీ జతపరచవలెను)

లేనిచో

4. ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి (EID) :

5. భర్తపూర్తి పేరు (ఆధార్ ఎన్రోలమెంట్ ఐ.డి ప్రకారం)

6. ఆధారిత పత్రం నంబర్:

7. గుర్తింపు ఆధార పత్రం

a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ

b. ఓటర్ ఐ డి కార్డు

c. రేషన్ కార్డు

d. కిసాన్సానుబుక్ ఫోటో కాపీ

e. పాస్ పోర్ట్

f. డ్రైవింగ్ లైసెన్స్

g. పాన్ కార్డు

h. ఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు

i. భర్తఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు (ప్రభుత్వ / ప్రైవేటు)

j. ప్రభుత్వ అధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం

k. వైద్యాధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం

l. ప్రభుత్వం వారు జారీచేసిన ఇతర దృవీకరణ పత్రాలు

m. ప్రభుత్వం పరిధిలోని ఇతర దృవీకరణ పత్రాలు

3. ప్రస్తుత నివాస వివరములు

డీ. నం:	వీధి / రోడ్డు / లైన్ :
ల్యాండ్ మార్క్ :	ఏరియా / ప్రాంతం / సెక్టార్ :
గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ:	పోస్ట్ ఆఫీస్:
జిల్లా :	మండలం
రాష్ట్రము:	పిన్ కోడ్:

4. ఫోన్ నెంబర్: _____

5. ఏ విడత నగదు కోసం దరఖాస్తు: 1stవిడత ☐ 2ndవిడత ☐ 3rdవిడత ☐

6. చివరి బహిష్టు తేది (LMP): _____ (DD/MM/YYYY) (MCP కార్డు జతపరచవలెను).

7. ఆరోగ్య ఉపకేంద్రంలో నందు నమోదు చేసుకున్న తేది : _____ (DD/MM/YYYY) (MCP కార్డు జతపరచవలెను).

8. ప్రస్తుత గర్భానికి ముందు జీవించి ఉన్న శిశువుల సంఖ్య / ఏ విడత నగదుకొరకు: _____

9. కేటగిరీ : (SC / ST / Other) : _____

10. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ వివరములు (బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ సుబ్బుక్ మొదటి పేజీ ఫోటో కాపీజతపరచవలెను)

a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్లో అభ్యర్థి పేరు : _____

b. అకౌంట్ నెంబర్ : _____

c. బ్యాంక్ పేరువివరములు : _____

d. బ్యాంకు బ్రాంచ్ పేరు : _____

e. IFSC code : _____

f. పోస్ట్ ఆఫీస్ పేరువివరములు : _____

g. పిన్ కోడ్ : _____

h. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ ఆధారిత లింక్ చేయబడినదా: అవును ☐ లేదు ☐

11. పాత (IGMVY) MBP స్క్రీమ్ లో నమోదు చేసుకొని ఉన్నారా: అవును ☐ లేదు ☐

12. అవును అయితే ఏ విడత నగదు అందుకొనిఉన్నారు

i. తీసుకోలేదు ☐ ii. 1వ విడత Rs . 3000/- ☐ 2వ విడత Rs . 3000/- ☐

13. అభ్యర్థి ప్రమాణ పత్రము

- a. నేను ఎటువంటి కేంద్ర / రాష్ట్ర / ప్రభుత్వ ఆధారిత సంస్థలలో ఉద్యోగి కాదు.
- b. నా ఉద్యోగ పరిధిలో ఎటువంటి మాతృత్వ నగదు సహాయం పొందలేదు.
- c. ఈ క్రిందివాటిలో అంగీకారము

i. అభ్యర్థికి ఆధార్ ఉంటే

- ఆధార్ చట్టం 2016 ప్రకారం నా యొక్క అంగీకారముతోనే నా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితో ఇచ్చినాను . ఈ పథకం కొరకు తప్ప నా అనుమతి లేకుండా డిపార్ట్మెంట్ వారు ఇతరులకు ఇవ్వడానికి గాని, ఇతర అవసరాలకు గాని ఇవ్వబడలేదు.

ii. అభ్యర్థికి ఆధార్ లేకుంటే

- ఆధార్ లేని కారణంగా ప్రస్తుతం ఇతర ఐడెంటిటీ సమర్పించి ఆధార్ కొరకు నమోదు చేసుకొని (EID) సమర్పించగలను మరియు ఆధార్ పొందిన వెంటనేనా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితో ఇచ్చెదను.
- d. ఈ పథకం కొరకు ఎటువంటి తప్పుడు ఆధార్ గాని, ఇతర ఐడెంటిటీ గాని ఇవ్వలేదు.
- e. నేను సమర్పించిన బ్యాంకు / పోస్ట్ ఆఫీస్ అకౌంట్ నా పేరునే నమోదు అయినది ఎటువంటి జాయింట్ అకౌంట్ కాదు.
- f. నా ప్రెగ్నెన్సీ వివరములలో ఎటువంటి తప్పుడు సమాచారం ఇవ్వలేదు.
- g. _____ (పాఠం నందు తెలిపిన నా భర్తపేరు) ఇతనే నా భర్త మరియు మా ఇద్దరికీ ఇదే నా మొదటి ప్రెగ్నెన్సీ మాకు మొదటి జీవించి ఉన్న శిశువు.

పైన తెలిపిన వివరములు అన్ని వాస్తవములని నేను దృవీకరిస్తున్నాను.

అభ్యర్థి సంతకం / బొటనవేలు ముద్ర

తేదీ

ప్రాంతం

14. అభ్యర్థిభర్త ప్రమాణ పత్రము

a. ఈ క్రిందివాటిలో అంగీకారము

i. అభ్యర్థికి ఆధార్ ఉంటే

- ఆధార్ చట్టం 2016 ప్రకారం నా యొక్క అంగీకారముతోనే నా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితో ఇచ్చినాను . ఈ పథకం కొరకు తప్ప నా అనుమతి లేకుండా డిపార్ట్మెంట్ వారు ఇతరులకు ఇవ్వడానికి గాని, ఇతర అవసరాలకు గాని ఇవ్వబడలేదు.

ii. అభ్యర్థికి ఆధార్ లేకుంటే

- ఆధార్ లేని కారణంగా ప్రస్తుతం ఇతర ఐడెంటిటీ సమర్పించి ఆధార్ కొరకు నమోదు చేసుకొని (EID) సమర్పించగలను మరియు ఆధార్ పొందిన వెంటనేనా ఆధార్ వివరములు ఈ పథకంకు అనుసంధానించడానికి నా పూర్తి సమతితో ఇచ్చెదను.

b. ఈ పథకం కొరకు ఎటువంటి తప్పుడు ఆధార్ గాని, ఇతర ఐడెంటిటీ గాని ఇవ్వలేదు.

c. _____ (పొందే నందు తెలిపిన నా భార్య పేరు) తనే నా భార్య మరియు మా ఇద్దరికీ ఇదే మొదటి ప్రెగ్నెన్సీ, మాకు మొదటి జీవించి ఉన్న శిశువు.

పైన తెలిపిన వివరములు అన్ని వాస్తవములని నేను దృవీకరిస్తున్నాను.

అభ్యర్థిభర్త సంతకం / బొటనవేలు ముద్ర

తదీ

ప్రాంతం

15. RCH / MCTS ID: _____

ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్త నింపవలసిన వివరములు

16. అంగన్వాడీ కేంద్రం / ఆరోగ్య కేంద్రం వివరములు:

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు : _____
 అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్ : _____
 గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ : _____
 గ్రామముకోడ్ నంబర్ : _____
 ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా / అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు : _____
 పోస్ట్ ఆఫీస్ పేరు : _____
 ప్రాజెక్ట్ పేరు : _____
 జిల్లా పేరు : _____

17. సమర్పించిన పత్రముల వివరాలు

క్ర.సం	సమర్పించిన పత్రములు (నకలు జతపరచవలెను)	పత్రములు సమర్పించినవి అవును - Y / కాదు - N / NA
1.	అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు	
2.	అభ్యర్థి గుర్తింపు ఆధార్ పత్రం (ఆధార్ కార్డులేనిచో)	
3.	భర్త ఆధార్ కార్డు	
4.	భర్త గుర్తింపు ఆధార్ పత్రం (ఆధార్ కార్డులేనిచో)	
5.	అభ్యర్థి ఆధార్ నమోదు పత్రం (EID)(ఆధార్ కార్డులేనిచో)	
6.	భర్త గుర్తింపు ఆధార్ నమోదుపత్రం(EID) (ఆధార్ కార్డులేనిచో)	
7.	మాలా, శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card)	
8.	అభ్యర్థి బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ ఆఫీస్ పాసుబుక్కు దటి పేజీ (పేరు , అకౌంట్ నంబర్ తో) కాపీ	

అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం లో PMMVY నందు నమోదు చేసుకున్న తేదీ: _____ (DD/MM/YYYY)

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తకు అందచేసిన తేదీ: _____ (DD/MM/YYYY)

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తపరిశీలన

_____ నేను పైన అని వివరములు పూర్తిగా నింపబడినది పరిశీలించాను.

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం

-----X-----X-----X-----X-----X-----X-----X-----

అభ్యర్థి నమోదు వివరములు రసీదు (ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్తచేత)

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు	:	_____
అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్	:	_____
గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ	:	_____
గ్రామముకోడ్ నంబర్	:	_____
ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా / అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు	:	_____
పోస్ట్ ఆఫీస్ పేరు	:	_____
ప్రాజెక్ట్ పేరు	:	_____
జిల్లా పేరు	:	_____

శ్రీమతి _____ (పేరు) చేత పూర్తి చేయబడి ఆధారిత పత్రములతో ఫారం - 1A అందచేసిన

తేదీ _____

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం

ప్రధానమంత్రి మాతృ వందన యోజన పథకం

రెండోవ విడత నగదుకొరకు గర్భిణీ వివరముల పత్రం

1. శ్రీమతి _____ (అభ్యర్థిపేరు) PMMVY నందు నమోదు చేయబడి అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం / గ్రామము _____.
2. అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు _____ (నకలు జతపరచవలెను).
గుర్తింపు ఆధార పత్రం
 - a. బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ పాసుబుక్ ఫోటో కాపీ
 - b. ఓటర్ ఐ డి కార్డు
 - c. రేషన్ కార్డు
 - d. కిసాన్ పాస్ పోటో కాపీ
 - e. పాస్ పోర్ట్
 - f. డ్రైవింగ్ లైసెన్స్
 - g. పాన్ కార్డు
 - h. ఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు
 - i. భర్తఉద్యోగ గుర్తింపు కార్డు (ప్రభుత్వ / ప్రైవేటు)
 - j. ప్రభుత్వ అధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
 - k. వైద్యాధికారి చే జారీచేయబడిన పత్రం
 - l. ప్రభుత్వం వారు జారీచేసిన ఇతర దృవీకరణ పత్రాలు
 - m. ప్రభుత్వం పరిధిలోని ఇతర దృవీకరణ పత్రాలు
3. అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రంలో PMMVY నందు నమోదు చేసుకున్న తేదీ: _____ (DD/MM/YYYY)
4. గర్భిణిగా నమోదుచేసుకున్న తేదీ: _____ (DD/MM/YYYY).
5. గతంలోనే ఈస్కీమ్ లో నమోదు చేసుకొని ఉన్నారా : అవును ☐ లేదు ☐
(కాదు అయితే ఫారం - 1A పూరించవలెను)(అవును అయితే ఫారం - 1A రసీదు జతపరచవలెను)
6. PMMVY స్కీమ్ లో రెండోవ విడత నగదు అందుకోవాల్సిన తేదీ : _____ (DD/MM/YYYY)
(మాతా,శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card), అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డుజతపరచవలెను)
7. RCH / MCTS ID: _____

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం

8. ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్త నింపవలసిన వివరములు

అంగన్వాడీ కేంద్రం / ఆరోగ్య కేంద్రం వివరములు:

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు : _____

అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్ : _____

గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ : _____

గ్రామముకోడ్ నంబర్ : _____

ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా / అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు : _____

పోస్ట్ ఆఫీస్ పేరు : _____

ప్రాజెక్ట్ పేరు : _____

జిల్లా పేరు : _____

9. సమర్పించిన పత్రముల వివరాలు

క్ర.సం	సమర్పించిన పత్రములు (నకలు జతపరచవలెను)	పత్రములు సమర్పించినవి అవును - Y / కాదు - N / NA
1.	అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు	
2.	భర్త ఆధార్ కార్డు	
3.	మాలా, శిశు సంరక్షణ కార్డు (MCP card)	
4.	అభ్యర్థి బ్యాంక్ / పోస్ట్ ఆఫీస్ సేవింగ్స్ పాస్ బుక్ కిందటి పేజీ (పేరు , అకౌంట్ నంబర్ తో) కాపీ	
5.	ఫారం - 1A రసీదు	

అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం లో PMMVY నందు నమోదు చేసుకున్న తేదీ: _____(DD/MM/YYYY)

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తకు అందచేసిన తేదీ: _____(DD/MM/YYYY)

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తపరిశీలన

_____ నేను పైన అన్ని వివరములు పూర్తిగా నింపబడినది పరిశీలించాను.

సంతకం

_____ తేదీ _____ ప్రాంతం _____

అభ్యర్థి నమోదు వివరములు రసీదు (ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్తచేత)

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు	:	_____
అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్	:	_____
గ్రామము / పట్టణము / సిటీ	:	_____
గ్రామముకోడ్ నంబర్	:	_____
ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా / అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు	:	_____
పోస్ట్ ఆఫీస్ పేరు	:	_____
ప్రాజెక్ట్ పేరు	:	_____
జిల్లా పేరు	:	_____

శ్రీమతి _____ (పేరు) చేత పూర్తి చేయబడి ఆధారిత పత్రములతో ఫారం - 1B అందచేసిన

తేదీ _____

సంతకం

_____ తేదీ _____ ప్రాంతం _____

ప్రధానమంత్రి మాతృ వందన యోజన పథకం

మూడోవ విడత నగదుకొరకు గర్భిణీ వివరముల పత్రం

1. శ్రీమతి _____ (అభ్యర్థిపేరు) PMMVY నందు నమోదు చేయబడి అంగన్వాడీ కేంద్రం/ఆరోగ్య కేంద్రం / గ్రామము _____.
2. అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు _____ (నకలు జతపరచవలెను).
3. ప్రసవం అయిన తేదీ: _____.
4. ప్రభుత్వం చే గుర్తింపు పొందిన ఆసుపత్రిలో ప్రసవం అయ్యారా?: అవును ☐ లేదు ☐
a. అవునుఅయితే ప్రభుత్వం చే గుర్తింపు పొందిన ఆసుపత్రిపేరు : _____
5. గతంలోనే ఈస్కీమ్ లో నమోదు చేసుకొని ఉన్నారా: అవును ☐ లేదు ☐
(కాదు అయితే ఫారం - 1A పూరించవలెను)(అవును అయితే ఫారం - 1A రసీదు జతపరచవలెను)
6. పుట్టిన బిడ్డ లింగము
a. మగ ☐ ఆడ ☐ (టిక్ చేయవలెను)
ఒకటికంటే ఎక్కువ పిల్లలు పుడితే
b. మగ ☐ ఆడ ☐ (టిక్ చేయవలెను) (Twins)
c. మగ ☐ ఆడ ☐ (టిక్ చేయవలెను)(Triplets)
d. మగ ☐ ఆడ ☐ (టిక్ చేయవలెను)(Quadruplets)
7. వాక్సిన్ చేయించుకుని వివరాలు
a. BCG : అవును ☐ లేదు ☐
b. OPV (Zero, 1, 2 & 3 Doses) : అవును ☐ లేదు ☐
c. Pentavalent (1, 2 & 3 Doses) : అవును ☐ లేదు ☐
d. IPV (1, 2 & 3 Doses) : అవును ☐ లేదు ☐
8. మొదటి దశ వాక్సిన్స్పూర్తిగా చేయించుకున్న తేదీ : _____ (DD/MM/YYYY)
9. గతంలో మృత శిశువు జన్మించి ఉన్నదా : అవును ☐ లేదు ☐
10. ఈ క్రింది పత్రములు జతపరచవలెను
a. బిడ్డ జనన ధ్రువీకరణ పత్రము
b. మాతా,శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card)
11. RCH / MCTS ID: _____

12. ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్త నింపవలసిన వివరములు

అంగన్వాడీ కేంద్రం / ఆరోగ్య కేంద్రం వివరములు:

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రం పేరు : _____

అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్ : _____

గ్రామము / పట్టణమా / సిటీ : _____

గ్రామముకోడ్ నంబర్ : _____

ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా / అంగన్వాడీ కార్యకర్త పేరు : _____

పోస్ట్ ఆఫీసరు : _____

ప్రాజెక్ట్ పేరు : _____

జిల్లా పేరు : _____

PMMVY స్కీమ్ లో మూడవ విడత నగదు అందుకోవాల్సిన తేదీ : _____ (DD/MM/YYYY)

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్తకు అందచేసిన తేదీ: _____ (DD/MM/YYYY)

13. సమర్పించిన పత్రముల వివరాలు

క్ర.సం	సమర్పించిన పత్రములు (నకలు జతపరచవలెను)	పత్రములు సమర్పించినవి అవును - Y / కాదు - N / NA
1.	అభ్యర్థి ఆధార్ కార్డు	
2.	భర్త ఆధార్ కార్డు	
3.	మాతా, శిశు సంరక్షణా కార్డు (MCP card)	
4.	బిడ్డ జనన ధృవీకరణ పత్రము	
5.	ఫారం - 1A రసీదు	

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం

ఆరోగ్య పర్యవేక్షకులు / ఆరోగ్య కార్యకర్త పరిశీలన

_____ నేను పైన అన్ని వివరములు పూర్తిగా నింపబడినది పరిశీలించాను.

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం

-----X-----X-----X-----X-----X-----X-----X-----

అభ్యర్థి నమోదు వివరములు రసీదు (ఆరోగ్య కార్యకర్త / ఆశా కార్యకర్త / అంగన్వాడీ కార్యకర్తచేత)

అంగన్వాడీ కేంద్రం పేరు / ఆరోగ్య కేంద్రంపేరు	:	_____
అంగన్వాడీ కేంద్రంకోడ్ నంబర్	:	_____
గ్రామము / పట్టణము / సిటీ	:	_____
గ్రామముకోడ్ నంబర్	:	_____
ఆరోగ్య కార్యకర్త/ఆశా / అంగన్వాడీ కార్యకర్తపేరు	:	_____
పోస్ట్ అఫీస్ పేరు	:	_____
ప్రాజెక్ట్ పేరు	:	_____
జిల్లా పేరు	:	_____

శ్రీమతి _____ (పేరు) చేత పూర్తి చేయబడి ఆధారిత పత్రములతో ఫారం - 1C అందచేసిన

తేదీ _____

సంతకం

తేదీ

ప్రాంతం